

ROZANA MARTINS SIMONETI

**LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O ABORTO:
CONHECIMENTO E OPINIÃO DE TOCGINECOLOGISTAS**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

**UNICAMP
2004**

ROZANA MARTINS SIMONETI

**LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O ABORTO:
CONHECIMENTO E OPINIÃO DE TOCOGINECOLOGISTAS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

**UNICAMP
2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Si56I	<p>Simoneti, Rozana Martins Legislação brasileira sobre o aborto: conhecimento e opinião de tocoginecologistas / Rozana Martins Simoneti. Campinas, SP : [s.n.], 2004.</p> <p>Orientador : Aníbal Faúndes Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Aborto legal. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Aníbal Faúndes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.</p>
-------	---

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ROZANA MARTINS SIMONETI

Orientador: ANÍBAL FAÚNDES

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 16/12/2004

Dedico este trabalho...

*Ao meu esposo e amigo Celso,
pelo apoio, amor e paciência.*

*Aos meus filhos Caio e Tamires,
razão da minha existência e felicidade,
pela compreensão nos momentos de ausência.*

*Aos meus pais Cícero e Odete,
que arduamente lutaram para que eu pudesse
cumprir meus objetivos profissionais e pessoais.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes pela orientação, estímulo e exemplo a ser seguido.

À Sra. Graciana A. Duarte pelo inestimável apoio e colaboração, fundamentais na elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Aloísio José Bedone, mestre e amigo, pela colaboração e incentivo para o meu curso de pós-graduação.

Ao Prof. Dr. José Carlos Menegoci pelo incentivo, amizade e apoio durante essa etapa da minha vida acadêmica.

À Sra. Gislaine A. F. Carvasan pela amizade e auxílio com a análise estatística dos dados.

Aos funcionários do CEMICAMP, em especial a Sra. Cecília S. B. Araújo e Sra. Verônica S. Barros, pela colaboração na elaboração deste projeto.

Aos funcionários do CAISM, em especial a Sra. Vanda F. F. de Oliveira e Sra. Sueli Chaves, pelo auxílio com as referências bibliográficas.

Aos colegas da Disciplina de Ginecologia do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba – PUC São Paulo, pelo apoio e sugestões na realização deste projeto.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	vii
Resumo	viii
Summary	x
1. Introdução	12
2. Objetivos	19
2.1. Objetivo geral	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. Publicação.....	21
4. Conclusões	48
5. Referências Bibliográficas.....	50
6. Bibliografia de Normatizações	56
7. Anexos	57
7.1. Anexo 1 – Carta Convite 1	57
7.2. Anexo 2 – Carta Convite 2	59
7.3. Anexo 3 – Questionário	61
7.4. Anexo 4 - Tabelas	65
7.5. Anexo 5 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	73

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAISM Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEMICAMP Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas

FEBRASGO Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

OG Obstetrícia e Ginecologia

RS Rio Grande do Sul

SP São Paulo

Unicamp Universidade Estadual de Campinas

WHO *World Health Organization*

Resumo

Introdução: estima-se que 12% dos casos de mortalidade materna no Brasil sejam consequência do aborto clandestino. Muitas dessas mulheres cumpririam as condições para interrupção legal da gestação, entretanto a prática do aborto previsto em lei nos hospitais públicos é exceção, provavelmente pelo conhecimento precário dos médicos a respeito da legislação brasileira referente ao aborto.

Objetivos: avaliar o conhecimento e a opinião dos ginecologistas e obstetras filiados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) sobre a legislação brasileira referente ao aborto e sua possível correlação com algumas características sociodemográficas dos entrevistados.

Sujeitos e Métodos: foram enviados 14.320 questionários para serem auto-respondidos por todos os membros da FEBRASGO. A taxa de resposta foi de 30,2%, totalizando 4.323 questionários, cujas respostas foram analisadas em tabelas de contingência utilizando o teste qui-quadrado e com o nível de significância considerado de 0,05. **Resultados:** 83% dos ginecologistas e obstetras apresentaram um conhecimento adequado sobre as situações nas quais o aborto está previsto na legislação e apenas 15% deles foram classificados como tendo conhecimento adequado a respeito dos documentos necessários para a

realização do aborto legal. No caso de malformação fetal congênita grave, 79% dos médicos avaliados apresentaram conhecimento adequado sobre a documentação exigida nessa situação. Em relação às alterações na legislação brasileira referente ao aborto, 80% dos médicos apresentaram opinião classificada como liberal, e 88% em relação às situações nas quais o aborto deveria ser permitido no Brasil. O conhecimento dos médicos sobre as três situações avaliadas apresentou associação com idade, tempo de prática na especialidade e número de filhos e a opinião apresentou correlação com o sexo, estado marital e região do país onde residem. **Conclusões:** Apesar de haver, por parte dos médicos, um bom conhecimento sobre as situações em que o aborto não é penalizado, falta-lhes informação sobre os requisitos necessários para realizar o aborto previsto em lei, com poucas variações segundo as características dos médicos que participaram deste estudo.

Summary

Introduction: unsafe abortion is responsible for about 12 % of maternal death in Brazil. Many of these women could have been included in the circumstances which abortion is allowed in this country. However, legal abortion is rarely carried out, even though Brazil's public hospitals are prepared for this procedure. One of the reasons for this incongruity is the physicians' inadequate knowledge of the legislation concerning to abortion. **Objectives:** evaluate the knowledge and opinion concerning to abortion's law of the Brazilian gynecologists-obstetrics who are affiliated to the Brazilian Federation of the Associations of Gynecology and Obstetrician (FEBRASGO), and its relationship with some socio demographic characteristics. **Material and Methods:** Questionnaires were sent to all physicians affiliated to FEBRASGO (14.320), to be self responded. The response rate was 30, 2%. All the 4.323 questionnaires were analyzed in contingency tables, using the chi square test with the significance level set at 0, 05. **Results:** 83% of the gynecologists-obstetrics had an adequate knowledge of the situations which abortion is allowed but only 15% correctly answered about the documents required to carry out a legal abortion. However, 79% of them showed an adequate knowledge of the documents needed to carry out an abortion in case of

malformed fetus. Concerning to opinion on changes in abortion's law, 80% of the physicians were classified as liberal and 88% were classified as liberal regarding to the situations abortion should be allowed in Brazil. The physicians' knowledge of all situations evaluated in this study were related to their age, offspring and time of practice as gynecologist-obstetrician and concerning to opinion, there was a relationship with their sex, marital status and region of residence in Brazil.

Conclusion: Although the physicians have an adequate knowledge of the circumstances which abortion is allowed in Brazil, there is a lack of understanding about the documents required to carry out a legal abortion, with few differences relating to the respondents' characteristics.

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde define o aborto como sendo a interrupção da gravidez antes da viabilidade extra-uterina do feto, isto é, antes de completar 22 semanas de gestação, podendo ser espontâneo ou provocado (WHO, 1994; SCHENKER, 1997). Entretanto, do ponto de vista jurídico, considera-se aborto a interrupção da gestação visando à morte do produto conceptual em qualquer período gestacional, com ou sem a sua eliminação, sendo o aborto dito provocado quando realizado intencionalmente pela gestante ou por terceiros, com ou sem o seu consentimento. Dentro desta perspectiva o aborto pode ser considerado criminoso ou clandestino caso não se encontre amparado na legislação vigente (DINIZ, 2001).

Segundo a óptica dos profissionais da área da saúde, o ato de interromper a gestação é chamado de abortamento, enquanto “aborto” é o produto do abortamento. Porém o texto jurídico refere-se a “aborto” em lugar de abortamento; portanto, neste trabalho será utilizado preferencialmente, mas não exclusivamente, o termo “aborto”.

O aborto clandestino, na maioria das vezes, é praticado por pessoas não habilitadas ou em ambiente inadequado, sem as condições necessárias para a

intervenção médica, caracterizando uma prática perigosa e de alto risco, denominada aborto inseguro (WHO, 1997). O aborto inseguro é reconhecido como um grave problema de saúde pública mundial, já que se estima que das 210 milhões de gestações que ocorrem anualmente, ao redor de 46 milhões (22%) são interrompidas antes da viabilidade fetal (AGI, 1999), e em torno de 20 milhões enquadram-se no chamado aborto inseguro, com sérias conseqüências, não só do ponto de vista da saúde reprodutiva da mulher, mas chegando a ocasionar em torno de 13% das mortes maternas no mundo (WHO, 1998).

No Brasil as estatísticas não são muito diferentes, segundo mostram estudos realizados em Porto Alegre (RS) e Recife (PE), onde as complicações do aborto provocado colaboraram, em aproximadamente 12%, nas causas de mortalidade materna (CECATTI et al., 1998; RAMOS et al., 2003). Essa freqüência pode estar sendo subestimada, já que as complicações do aborto tiveram o maior índice de subnotificação (71,5%) como causa de morte materna na cidade de Campinas (SP), sendo mais freqüentemente ocultada pelo diagnóstico de septicemia ou choque séptico (PARPINELLI et al., 2000)

A estimativa da freqüência de aborto varia muito nas diversas regiões do mundo, com dificuldade na obtenção de dados fidedignos, já que mesmo nos países onde este procedimento é permitido por lei, os registros nem sempre correspondem à realidade. Já nos países em que as leis são mais restritas, a estimativa da freqüência de aborto é baseada no número de internações por complicações pós-aborto (SINGH e WULF, 1994; HENSHAW et al., 1999).

Gestações indesejadas ocorrem tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, geralmente pela falta de informação e de acesso aos métodos anticoncepcionais, pela utilização inadequada dos mesmos ou pelo índice de falha próprio de cada método (HENSHAW et al., 1999). Além disso, existe uma porcentagem considerável de mulheres, ao redor de 23%, na faixa etária entre 15 e 19 anos, que apesar de ter acesso a diversos métodos anticoncepcionais, não faz uso de nenhum. Isto foi observado em estudo realizado em Pelotas (RS), que também encontrou que 20% dos parceiros apresentaram rejeição a algum método anticoncepcional específico, principalmente métodos de barreira (OLINTO e GALVÃO, 1999).

Entre os países desenvolvidos as maiores taxas de aborto são dos países do Leste Europeu e dos antigos países socialistas, onde o acesso ao aborto é fácil e legalizado e o planejamento familiar muito deficitário (HENSHAW et al., 1999). Entre os países em desenvolvimento, Vietnã e Cuba tinham, até recentemente, as maiores taxas de aborto, pois dispunham apenas de métodos anticoncepcionais antiquados, com maior índice de falha e efeitos colaterais como DIUs sem cobre, portanto de baixa qualidade, e as pílulas de alta dosagem (HARDY et al., 1990; ALVAREZ, 1992).

Embora vários fatores estejam envolvidos na frequência de abortamento, a disponibilidade de métodos anticoncepcionais seguros reduz muito o número de gestações não planejadas e a necessidade de sua interrupção, como ocorre em países como Bélgica, Holanda e Tunísia (HENSHAW et al., 1999).

No Brasil, no início da década de 1990, havia uma estimativa de 1,4 milhão de abortos provocados por ano (AGI, 1994). A estimativa da freqüência de abortos provocados no Brasil e as condições em que são feitos encontram obstáculo não só por abordar uma prática pouco aceita pela sociedade, mas também, pela dificuldade da mulher em admitir ter passado por essa situação, como demonstrado em estudo realizado com mulheres na região de Campinas (SP). Nesse estudo foram realizadas entrevistas em residências, onde, segundo registros hospitalares, viviam mulheres que haviam sido internadas por complicações pós-abortamento e que, entretanto, negaram ter passado por essa experiência (OSIS et al., 1996).

Aliado ao fato de o aborto ser criticado socialmente, a relutância em admitir sua prática pode ser conseqüência da opinião que mulheres brasileiras têm sobre o assunto, pois embora a incidência de aborto clandestino no Brasil seja elevada, estudos de opinião realizados em Campinas (SP) e em Rio Grande (RS) mostram que as circunstâncias nas quais as entrevistadas manifestaram-se mais favoráveis à realização do aborto são aquelas já previstas na legislação brasileira, além do aborto nos casos de malformação congênita grave, cujo projeto de lei atualmente tramita no Congresso Nacional (Projeto de lei 4304/35).

Nesses dois estudos, os principais determinantes favoráveis à ampliação das leis sobre aborto foram o nível mais elevado de escolaridade e o antecedente de aborto provocado (OSIS et al., 1994; CÉSAR et al., 1997). Além disso, o estudo gaúcho mostrou que as mulheres com menor poder aquisitivo, de menor escolaridade e mais jovens tinham opiniões menos favoráveis à legalização do aborto (CÉSAR et al., 1997).

Abortamento é um tema controverso desde a Antigüidade, quando Platão e Aristóteles já defendiam e estimulavam o aborto, principalmente em mulheres acima de 40 anos, pelas conseqüências que a idade materna poderia trazer ao feto (SHAIN, 1986). Ainda hoje o tema é polêmico e sofre influência de diversos setores da sociedade, principalmente da religião, nos países em que predomina o catolicismo, como acontece no Brasil. Aqui, o Código Penal atual é datado de 1940, tendo sido precedido pelo Código Penal de 1830 e 1890, nos quais o aborto não era previsto em qualquer situação (SCHOR e ALVARENGA, 2003).

Segundo o Código Penal vigente, só é permitido o “aborto terapêutico ou necessário”, realizado em situação extrema para salvar a vida da mãe, e o “aborto sentimental”, quando a gravidez for resultado de estupro, somente podendo ser praticado por médico (BRASIL, 1996). Todas as demais situações são passíveis de punição, com penas que variam de um a dez anos de prisão para a gestante e para a pessoa que pratica o aborto, sendo que para esta última, a pena pode dobrar caso ocorra morte da gestante (TORRES, 1999).

De 1946 até 2000, 53 projetos de lei referentes ao aborto provocado foram apresentados ao Congresso Nacional, variando da total descriminalização até a anulação das duas autorizações previstas pela legislação vigente. A partir da década de 90 houve um predomínio dos projetos de lei favoráveis à ampliação destas indicações. Esse panorama acompanha as mudanças político-sociais do país, reflexo de maior abertura política com o término do regime militar, o novo ambiente democrático e a Constituição Federal de 1988 (GUEDES, 2000).

Considerando que a violência sexual é um fenômeno de alta prevalência no Brasil (FAÚNDES et al., 2000; SCHRAIBER et al., 2003) e que até 30% das mortes maternas podem ser resultado de complicações de doenças preexistentes (ALBUQUERQUE, 1998), muitas mortes maternas poderiam ser evitadas se mulheres grávidas portadoras destas doenças tivessem acesso à interrupção legal da gestação, quando optassem por essa conduta.

Entretanto, o número de abortos previstos em lei realizados em hospitais públicos é muito baixo, talvez pela falta de conhecimento dos profissionais da área da saúde a respeito da legislação brasileira referente ao aborto (FAÚNDES et al., 2004), fazendo com que um grande contingente de mulheres, em condições de realizar a interrupção da gestação sob o amparo legal, levem adiante uma gravidez indesejada ou se submetam ao aborto clandestino, com elevado índice de morbi-mortalidade (FAÚNDES e HARDY, 1997; VILLELA e ARAÚJO, 2000).

Portanto, medidas que permitam que os serviços de saúde estejam preparados para realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei, como parte de assistência integral à saúde da mulher, trariam grande impacto na redução da taxa de aborto clandestino (ODLIND, 1997; GUEDES, 2000).

Com base nestes fatos, o Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp) propôs-se a estudar, em 1996, os procedimentos seguidos pelos poucos hospitais que realizavam abortos previstos em lei até então. A partir desse estudo foi convocado o Primeiro Fórum Interprofissional sobre Implementação do Aborto Previsto na Lei, em novembro de 1996, com participação de professores

universitários, grupos de mulheres e representantes do Poder Judiciário (FAÚNDES et al., 1997). O objetivo do Fórum foi definir os procedimentos que deveriam ser adotados nos hospitais para realizar o aborto previsto em lei e estimular a implantação desses serviços, principalmente em Hospitais Universitários.

Em 1997, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) criou o Comitê Nacional especializado sobre violência sexual e aborto previsto em lei, e em 1998, o Ministério da Saúde editou uma portaria específica sobre esse assunto (BRASIL, 1999). Como resultado dessas iniciativas, o número de hospitais públicos preparados para o atendimento de mulheres com direito à interrupção da gravidez passou de quatro em 1996 para mais de 63 até final de 2001, incluindo vários hospitais universitários (FAÚNDES et al., 2002).

Apesar disso, os números de serviços de saúde e de médicos integrados na questão do aborto previsto em lei ainda são insuficientes para um país da dimensão do Brasil, sendo que o desconhecimento da legislação a esse respeito pode ser um fator agravante nesse contexto. Isto motivou a avaliar o grau de conhecimento e a opinião dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre a legislação referente ao aborto, na tentativa de entender porque as mulheres continuam enfrentando dificuldades para ter acesso à interrupção da gestação, mesmo nos casos contemplados pela legislação. Com base nessas informações, será possível propor estratégias que permitam corrigir a situação atual, de forma que os serviços de obstetrícia e ginecologia aceitem os casos de interrupção da gestação prevista em lei, dentro de suas rotinas habituais de atendimento.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar o conhecimento e a opinião dos tocoginecologistas filiados a FEBRASGO sobre a legislação brasileira referente ao aborto.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar o conhecimento dos médicos sobre as situações em que a prática do aborto apresenta amparo legal e verificar quais as características sociodemográficas que se associam com esse conhecimento.
- Avaliar o conhecimento dos médicos sobre os documentos necessários para a interrupção da gestação nos casos previstos na legislação brasileira e verificar quais as características sociodemográficas que se associam com esse conhecimento.

- Avaliar o conhecimento dos médicos sobre os documentos necessários para a interrupção da gestação nos casos de malformação fetal incompatível com a vida e verificar quais as características sociodemográficas que se associam com esse conhecimento.
- Conhecer a opinião dos médicos sobre alterações na legislação brasileira referente ao aborto e verificar quais as características sociodemográficas que se relacionam com essa opinião.
- Conhecer a opinião dos médicos sobre as situações nas quais a lei brasileira deveria permitir o aborto e verificar quais as características sociodemográficas que se relacionam com essa opinião.

3. Publicação

Artigo 1 - Trabalho enviado para a **Revista Cadernos de Saúde Pública**

**Knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about Brazilian's
legislation on abortion**

**Conhecimento e opinião de ginecologistas e obstetras sobre a legislação Brasileira
referente ao abortamento**

Anibal Faúndes^{1,2}

Rozana Martins Simoneti^{2,3}

Graciana Alves Duarte¹

¹ Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP).

² Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade
Estadual de Campinas (Unicamp);

³ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Mailing address:

Prof. Dr. Anibal Faúndes

CEMICAMP

Caixa Postal 6181

13.084-971 – Campinas, SP

Tel.: 19-3289-2856

Fax: 19-3289-2440

E-mail: afaundes@unicamp.br

ABSTRACT

Maternal death due to unsafe abortion remains a major health problem in Brazil, although many of these women could have been included in the circumstances in which abortion is allowed in this country. Physicians' inadequate knowledge of the legislation may be playing a role in this situation. Knowledge and opinion of the Brazilian gynecologists-obstetricians concerning to abortion's laws were studied, and their association with their socio demographic characteristics was analyzed. Questionnaires (14.320) were sent to all physicians affiliated to the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Societies (FEBRASGO), and 30, 2% were returned completed. Most of the respondents showed a good knowledge of the situations in which abortion is allowed but not about the documents required to carry out a legal abortion. However, most of them knew about the need of judicial order in case of abortion in malformed fetus. Knowledge was associated with age, number of children and years of practice. Most of the physicians had liberal opinion on abortion, especially those from the south and southeast of Brazil and with less than 3 children.

Key words: "legal abortion", "knowledge", "opinion", "obstetricians/gynecologists", "Brazil"

RESUMO

O aborto clandestino é causa de 10 a 15% da mortalidade materna no Brasil. Muitas dessas mulheres cumpriam as condições para interrupção legal da gestação, entretanto a prática do aborto previsto na lei em hospitais públicos é exceção, provavelmente por desconhecimento dos médicos a respeito da legislação brasileira referente ao aborto. Esse estudo avaliou o conhecimento e a opinião dos tocoginecologistas filiados à Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) sobre a legislação brasileira referente ao aborto, tentando correlacionar com algumas características sócio demográficas dos entrevistados. Foram enviados 14.320 questionários para serem respondidos por todos os membros da FEBRASGO, com taxa de resposta de 30,2%, totalizando 4.323 questionários. A maioria dos tocoginecologistas apresentou uma boa compreensão das situações previstas na legislação e baixo conhecimento a respeito dos documentos necessários para a realização do aborto, exceto nos casos de aborto em casos de malformação congênita grave, apresentando associação com a idade, tempo de prática e número de filhos. A opinião foi predominantemente liberal em todos os grupos, principalmente naqueles com poucos filhos e residentes na região sudeste e sul do país.

Palavras-chave: "aborto legal", "conhecimento", "opinião", "tocoginecologistas", "Brasil"

INTRODUCTION

Unsafe abortion remains a major health problem in the world, since about 46 millions of the 210 millions pregnancies that occurs each year end in induced abortion¹, and nearly half of them are estimated to be unsafe². The large number of induced abortion simply reflect that unplanned pregnancies continue to occur mostly because contraceptives methods are not widely accessible to the people who need them, and also because all methods have some risk of failure^{3,4}. Induced abortions are unsafe mostly because in many countries the laws regarding voluntary pregnancy termination remain very restrictive, leading many women to seek for clandestine, unsafe procedures¹.

Brazil is among the developing countries where abortion laws, which dates from 1940, considers abortion a crime, although the woman and the person who carries out the abortion are not condemned if the pregnancy threatens the woman's life and when it was consequence of rape⁵. Actually, even women who are legally entitled to have an abortion end up having it unsafely⁴. Albeit not permitted by law, abortion for severe fetal malformation by judicial order is granted more often than after rape⁶.

Up to 1996, only four public hospitals had officially carried out legal abortions after rape. Since that year the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Societies (FEBRASGO) in partnership with other organizations, has stimulated the implementation of legal abortion services in public hospitals throughout the country. Nowadays, the number of public health services available for legal abortion has increased significantly,

around 63 by the end of 2001, which is still totally inadequate for the needs of the Brazilian population⁷.

At least part of the delay in the implementation of new services can be attributed to physicians' resistance for lack of understanding of the law and believing that abortion is not accepted by their colleagues, in spite of the official support of the Ministry of Health and of FEBRASGO. With the purpose of getting a better understanding of the role of physicians as an obstacle for legal abortion services, we decided to evaluate their knowledge and opinion about Brazilian laws on abortion.

MATERIAL AND METHODS

This was a cross sectional study carried out among all gynecologists/obstetricians affiliated to FEBRASGO, which officially sponsored the study. FEBRASGO facilitated the distribution of questionnaires specifically prepared for this study, by including them with the "Jornal da FEBRASGO", a monthly publications with news from the federation, distributed monthly to all its associates. A structured questionnaire containing only questions with coded answers to be self responded was used to obtain the information. The questionnaire was pre-tested among ten gynecologists and obstetricians (six females and four males) in their first year of residency at the Woman's Hospital, State University of Campinas, São Paulo, Brazil.

The questionnaire was sent to all the 14,320 gynecologists and obstetricians affiliated to FEBRASGO, although there was no way to check how many of them actually received

the form. A package containing: 1) the questionnaire; 2) a letter inviting them to participate in the study and also the instructions on how to complete the questionnaire and send it back; 3) a code number to participate in a raffle of six Palm-Top computers; and 4) a pre-paid envelope in which to send the questionnaire back to the researchers. The code number identified the returned questionnaire but was detached immediately upon receipt and kept in a transparent box until the final date established for participation in the raffle (April 30, 2003). The respondents kept a copy of the code number, which was required for claiming the prize after the raffle. However, there was no way of identifying individual respondents and their anonymity was guaranteed.

This package was included with the November/December 2002 issue of the “Journal”, distributed in January 2003. It was included again in the January/February 2003 issue, distributed in late February, with instructions to discard it if recipients had already completed and returned the questionnaire.

The questionnaire included information on age, sex and marital status of the respondents, the number of living children they had, the geographic region of residence, the years of practice in gynecology and obstetrics, the type of service in which they practiced, and their knowledge and opinion about Brazil’s abortion laws, among other questions.

The physicians’ knowledge about Brazilian laws regarding to abortion was evaluated using three multiple choice questions, and classifying the answers as adequate or inadequate. The three questions and the alternative answers were as follows:

- *In which situation (s) do Brazilian laws allow an induced abortion carried out by a physician?*

- |1| Very severe fetal malformation
- |2| Mother or father HIV +
- |3| Contraceptive's failure
- |4| Single and the father doesn't accept the baby
- |5| Pregnancy after rape
- |6| Financial problems
- |7| Psychological or emotional disorders
- |8| To save the mother's life

Answers 5 **and** 8 were classified as adequate and any other answer was considered as inadequate.

- *Which are the documents required to carry out the abortion according to the law?*

- |1| Registry of the occurrence at a law enforcement agency
- |2| Judicial order
- |3| Written request of pregnancy termination signed by the woman
- |4| Statements by three physicians
- |5| Statement of a forensic physician
- |6| Written request of pregnancy termination signed by one of the parents or guardian when the pregnant woman is under 21 years old
- |7| Nothing
- |8| I don't know

If the respondent marked alternatives 2 and/or 5 and/or 7 and/or 8 the knowledge was classified as inadequate. Those who did not mark any of those four alternatives were classified as with adequate knowledge

- *Which are the documents required to legally induce an abortion in cases of severe fetal malformation, without any chance of fetal survival?*

- |1| Judicial order
- |2| Written request of pregnancy termination signed by the woman
- |3| Statements by three physicians
- |4| Written request of pregnancy termination signed by one of the parents, when the pregnant woman is under 21 years old
- |5| Nothing
- |6| I don't know

Any combination that includes alternative 1 (and not alternative 5 or / and 6) was classified as adequate. All other combinations were classified as inadequate knowledge.

Two multiple choice questions were asked concerning to physicians' opinion on abortion, and the answers were classified as conservative or liberal.

The first question was:

“-What do you think about Brazilian laws regarding to abortion?” Respondent should chose between the following answers:

- |1| They should not be changed
- |2| Abortion should be legal in any situation
- |3| Brazilian laws should allow abortion in some additional circumstances

|4| I'm not sure about it

Those who marked alternatives 1 or 4 were classified as Conservatives, and those who marked alternatives 2 or 3 were classified as Liberal.

The second question was:

“In which situations should abortion be permitted in Brazil?”

Respondent should mark any of the following answers:

- |1| Very severe fetal malformation
- |2| If the mother or father are HIV +
- |3| In case of contraceptive's failure
- |4| if woman is single and the father doesn't accept the baby
- |5| Pregnancy after rape
- |6| Woman have financial problems
- |7| Woman have psychological or emotional disorders
- |8| To save the mother's life
- |9| It should be permitted in any circumstance
- |10| Never

Those who marked number 9, or both 5, 8 **and** any other condition, were classified as Liberal. All other were classified as Conservatives.

Between February 10th and September 30th 2003, 4.332 out of 14 320 questionnaires returned, giving a response rate of 30, 2 %. As 9 of them were blank 4323 questionnaires were included in the analysis. Data were missing in some questionnaires for all variables as follows: age 46, sex 26, marital status 27, region of residence 10,

number of children 20, years of practice 103, type of practice 131. Given the great variability of missing data in each variable and that they always were a very small percentage of the respondents, they are not mentioned in the results section.

Data entry was carried out in two separate data banks by two different people in order to check for consistency. The SPSS software was used in all the procedures to enter, check and analyze the data. The chi-square test was used in all contingency tables, and the significance level was set at 0.05⁸.

The participation of gynaecologists and obstetricians in the study was voluntary and anonymous. The letter inviting the physicians to participate in the study contained explanations about it, as well as all the information required by the Brazilian Ministry of Health⁹. It was understood that by answering and returning the questionnaire, the respondents were giving their consent to participate. Anonymity was assured by identifying the questionnaire only by a number. The research protocol was evaluated and approved by the Ethical Committee on Research of the Faculty of Medicine, State University of Campinas, SP, Brazil.

RESULTS

Respondents' characteristics

The respondents were almost evenly distributed into three age groups: those less than 40 years old, 40 to 49 years old, and those older than 49. There were slightly more males than females and almost 80% were living in union. About half of the respondents had

one or two living children, whereas 27% had three or more and just over 22% had no children (Table 1).

Around 60% of the participants were from the south-eastern region of Brazil, less than 20% from the south of the country, and just over 20% were from other regions, which was close to the proportion of FEBRASGO members in the same regions (58, 15 and 27% respectively). Less than 8% of the respondents were working exclusively in public service (Table 1).

Table 1. Distribution of respondents according to selected socio-demographic characteristics

Socio-demographic characteristics	N	%
Age (years)		
Up to 39	1.436	33,6
40 to 49	1.476	34,5
50 or over	1.365	31,9
<i>Missing</i>	46	
Sex		
Male	2.325	54,1
Female	1.972	45,9
<i>Missing</i>	26	
Marital status		
ever married	3.777	87,9
Single	519	12,1
<i>Missing</i>	27	
Region of residence		
North	127	2,9
Northeast	597	13,8
Center-west	271	6,3
Southeast	2.521	58,5
South	797	18,5
<i>Missing</i>	10	
Number of children		
None	949	22,1
1 or 2	2.188	50,8
3 or more	1.166	27,1
<i>Missing</i>	20	
Years of practice as GO		
Up to 10	1.103	26,1
11 to 25	2.181	51,7
More than 25	936	22,2
<i>Missing</i>	103	
Type of practice		
Only public	319	7,6
Private (partial or total)	3.866	92,4
<i>Missing</i>	131	

Adequate knowledge about abortion laws was shown by 83.0% of the respondents, while only 15,3% had adequate knowledge of the documents required to carry out a legal abortion and 79.0% of the documents needed to perform an abortion in case of

severe fetal malformation. On the other hand, 80.2% showed a liberal opinion with reference to possible changes in Brazilian's laws and 87.5% about the circumstances in which abortion should be allowed.

Association of socio-demographic characteristics with knowledge of laws and regulations concerning to abortion

The older the respondent, the longer the period of time they had worked as gynecologists obstetricians and the larger the number of children they had, the lower their knowledge of the circumstances in which Brazilian laws do not condemn abortion and of the documents required to carry out an abortion in case of fetal malformation incompatible with extra-uterine life. However, the proportion of respondents who had adequate knowledge of the documents required to carry out an abortion permitted by current law was almost twice as high among physicians 50 years old or older or with more than 25 years of practice than among those with less than 40 years old or up to 10 years of practice. It was also significantly higher among physicians with three or more children than among those with two or less children (Table 2).

Table 2 Percentage of physicians with adequate knowledge about laws and regulations related to abortion, according to age, years of practice and number of children of the respondents

Respondents' characteristics	Knowledge of laws on abortion		
	When abortion is allowed	Documents required for legal abortion	Documents required for abortion in fetal malformation
Age			
< 39 (1.436)	86.3	11.5	83.5
40 – 49 (1.476)	83.3	14.7	79.8
≥ 50 (1.365)	79.7	20.1	73.5
p =	≤0.01	≤0.01	≤0.01
Years of practice			
≤ 10 (1.103)	84.2	12.6	84.7
11 – 25 (2.181)	83.6	14.3	78.2
> 25 (936)	80.6	21.6	74.2
p =	0.04	≤0.01	≤ 0.01
Number of children			
0 (949)	84.4	14.2	82.5
1 – 2 (2.188)	84.1	14.2	79.4
≥ 3 (1.166)	80.1	17.9	75.6
p =	0.01	0.01	≤0.01

No difference in knowledge of abortion laws according to sex of the respondents or between physicians who had exclusively public health practice and those with some or exclusive private practice was found and the only difference according to marital status was a greater proportion of respondents who had adequate knowledge of the documents required to carry out an abortion in case of severe fetal malformation among those who had never been married. There was no significant difference in knowledge about legal abortion according to the Region of Brazil respondents lived, although those living in the North appear to have lesser knowledge than those from the other regions (Table 3).

Table 3. Percentage of physicians with adequate knowledge about laws and regulations related to abortion, according to sex, type of medical practice, marital status and region of residence

Respondents' Characteristics	Knowledge of laws on abortion		
	When abortion is allowed	Documents required for legal abortion	Documents required for abortion in fetal malformation
Sex			
Male (2.325)	82,2	16,1	79.2
Female (1.972)	84,3	14,3	79.0
p =	N.S.	N.S.	N.S.
Type of practice			
Only public (319)	85.0	18.0	82.0
Private (partial or total) (3.866)	83.0	15.0	79.0
p =	N.S.	N.S.	N.S.
Marital Status			
Single (519)	83.3	13.0	84.0
Ever married (3.777)	83.0	15.0	78.0
p =	N.S.	N.S.	≤ 0,01
Region of residence			
North (127)	77.2	14.2	75.2
Northeast (597)	83.7	18.2	78.8
Center West (271)	88.1	13.0	76.7
Southeast (2.521)	82.8	15.6	79.9
South (797)	82.6	13.1	77.9
p =	N.S.	N.S.	N.S.

Association of socio-demographic characteristics with physicians' opinion concerning to abortion laws

No significant difference in opinion about when abortion should be permitted by the law according to the respondents' age or duration of practice was observed. However, the proportion of respondents with a liberal opinion with reference to abortion laws was significantly greater among those with lesser number of children.

Table 4. Percentage of physicians with liberal opinion about legality of abortion in Brazil, according to age, years of practice and number of children of the respondents

Respondents' characteristics	Liberal opinion of legality of abortion in Brazil	
	Changes in Brazilian's law	Circumstances in which abortion should be allowed
Age		
< 39 (1.436)	79.8	88.3
40 – 49 (1.476)	81.1	88.3
≥ 50 (1.365)	79.5	85.8
<i>p</i> =	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Years of practice		
≤ 10 (1.103)	79.8	87.9
11 – 25 (2.181)	80.5	88.0
> 25 (936)	79.5	86.1
<i>p</i> =	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Number of children		
0 (949)	80.4	88.5
1 – 2 (2.188)	82.1	88.4
≥ 3 (1.166)	76.6	85.1
<i>p</i> =	<i>≤0.01</i>	<i>0.01</i>

Male respondents had a slightly more liberal opinion than females, which reached statistical significance when the circumstances where abortion should be permitted were studied. A significant difference in the proportion of physicians who had a liberal opinion on the circumstances abortion should be allowed by region of residence was observed. The percentage with liberal opinion was almost 15 percentage points lower in the North than in the South, while there was practically no difference between south and southeast. There was no statistically significant difference in opinion on legal abortion between physicians who had exclusively public health practice and those with some or exclusive private practice.

Table 5. Percentage of physicians with liberal opinion about legality of abortion in Brazil, according to sex, type of medical practice, marital status and region of residence

Respondents' characteristic	Liberal opinion of legality of abortion in Brazil	
	Changes in Brazilian's Law	Circumstances in which abortion should be allowed
Sex		
Male (2.325)	81.8	89.4
Female (1972)	78.3	85.3
<i>p</i> =	<i>NS</i>	<i><0.01</i>
Marital Status		
Single (519)	80.0	88.0
Ever married (3.419)	80.0	88.0
<i>p</i> =	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Type of practice		
Only public (319)	81.0	81.0
Private (partial or total) (3.866)	80.0	88.0
<i>p</i> =	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Region of residence		
North (127)	74.2	76.0
Northeast (597)	77.6	82.0
Center West (271)	80.9	85.5
Southeast (2.521)	80.5	88.7
South (797)	82.0	90.5
<i>p</i> =	<i>NS</i>	<i><0.01</i>

Discussion

The study's results show that the majority of Brazilian gynecologists- obstetricians have an adequate knowledge of the Brazilian laws dealing with abortion, but poor information on which is the official procedures required to apply the law. In contrast, most of them have a good knowledge of what is required to induce an abortion in cases of severe fetal malformations, which would be incompatible with extra-uterine life. Around 80% of the respondents had adequate knowledge of the law and of the legal requirements to

interrupt a pregnancy with severe fetal malformation while only 15% knew of the documents required to carry out a legal abortion.

These results are in agreement with the findings of Loureiro and Vieira among physicians of emergency services in Ribeirão Preto-São Paulo, who found that over 90% had good knowledge of the law and of the condition to carry out an abortion in case of fetal malformation, but only just over 30% knew the documentation required to perform a legal abortion¹⁰. Even worse results were found in a research held in Mexico City with medical students, which found that only 38% were aware of the abortion laws and 68% knew about the situations in which abortion is not prosecuted in their Penal Code¹¹.

The large difference between the percentage with adequate knowledge of the document required for legal abortion and for abortion in a malformed fetus may be highly influenced by the generalized concept that a judicial order is always required to do a pregnancy termination legally. This is, in fact, required in case of severely malformed fetus, which is not specifically stipulated in the current law, and favors a high proportion of correct answers to that question. In contrast, the judicial order is not required when a woman complies with the conditions included as exclusion of culpability in the Brazilian Penal Code, but as most physicians still believe it is needed, it leads to a low rate of adequate answers on documentation required to do a legal abortion.

On the other hand, the great majority of the respondents were in favor of more liberal abortion laws, just over 80% when asked in general and close to 88% when particular reasons for abortion were questioned, which is also consistent with the data from

Ribeirão Preto mentioned above¹⁰. These results are also in line with findings in other Latin-American countries. Gogna et al. showed that more than 70% of gynecologists-obstetricians from Buenos Aires-Argentina would add some more circumstances to the two situations in which abortion was allowed in their country¹². Also in Nicaragua, where abortion is permitted only to save the mother's life, McNaughton et al. found that more than 90% of the gynecologists obstetricians believed that other indications for abortion should be legalized¹³.

A few differences in knowledge and opinion according to the physician's characteristics were found. The higher percentage of those who were younger and with less years of practice, and who had adequate knowledge of the laws on abortion and of the documents required to carry out an abortion in case of severe fetal malformation, may be an indication of the greater attention that medical schools have given to legal abortion during the last 10 years. It can also be related to the practical experience acquired while working in emergency services that receives women with abortions' complications and victims of rape, which have rapidly increased in number in recent years¹⁴. As most doctors working in emergency services are young, 80% under 30 years old in the study of Loureiro and Vieira¹⁰, they would be more exposed to abortion and to the conditions in which it is legal.

It is surprising, however, that the association with age and years of practice is reversed with respect to adequate knowledge of the documents required to carry out an abortion within the current law. The very low proportion, just 15% in general and close to 10% among those under 39 years old or 10 years of practice, shows a failure of the faculties

of medicine and residencies in obstetrics and gynecology in preparing doctors to respond to the needs of women who are legally eligible to have a pregnancy termination within the current law. The higher proportion of older physicians with more years of practice with this knowledge may indicate that it is acquired in the daily practice, far from the institutions responsible for the formation of physicians and specialists in gynecology and obstetrics.

Number of children maintained an association with knowledge about legal abortion that was similar to that observed for the respondents' age. This may be partially the result of the known association between age and number of children but it can also be influenced by a lower interest in the subject by those with 3 or more children who show a more conservative opinion with reference to legal abortion¹⁵.

The lack of correlation between knowledge of legal abortion and sex of the respondents was unexpected as we thought women would be more interested and then better informed than men on this subject. The results seem to indicate that our hypothesis was wrong as also found by Loureiro and Vieira¹⁰.

On the other hand the lack of correlation between marital status and knowledge was not a surprise. The higher proportion of singles with adequate knowledge of the documentation required to carry out an abortion in malformed fetus may be just the result of the younger age of those never married than of those ever married.

The lack of association between the type of service where the physicians worked and knowledge of legal abortion may be misleading. The separation in exclusively public and

with some private practice may have been inefficient in identifying eventual differences, because most respondents worked both in the public and private sector.

Finally, although at first sight it appears that a lower proportion of respondents from the North had adequate knowledge of abortion than those from the other regions, the differences were not significant, suggesting that the knowledge of this subject has disseminated widely throughout the country.

Concerning to the opinion on abortion, there were very few differences according to the characteristics of the respondents, within a framework of a high proportion who were in favor of more liberal than the currently existing laws. The proportion of respondents with liberal opinion was lower among those with more children, which is in line with the literature that shows a more conservative opinion on abortion among the people with higher fertility¹⁵.

The greater percentage of male than of female physicians with liberal opinion with reference to the circumstances abortion should be legal, is not really in disagreement with other authors who found a non-significant difference in the same direction¹⁶. The other clear correlation was with region of the country, with an increase in the percentage with a more liberal opinion the more to the south the respondents lived. This association fits with other indicators of social and economic differences by regions, such as infant mortality and literacy rate^{17,18}. Although all respondents in theory belong to the same socio economic group, being all physicians, they may be influenced in their opinion by the environment prevailing where they live.

This is the first study about knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians that intend to cover the universe of all specialists who are members of FEBRASGO. Although the practice of gynecology and obstetrics does not require membership of FEBRASGO, those who are not members of the society are a small minority.

The problem faced by every study carried out by sending questionnaires by mail is the relatively low rate of response, which reached 30% in this study, not very different than what is generally found in studies with the same method of data collection¹⁹. It is obvious that with that rate of response we cannot claim that the results obtained necessarily correspond to the universe of Brazilian obstetrician gynecologists. However, the consistency of the global results across the respondents with very different characteristics seem to indicate that the results found in this sample are not radically different than would be observed if all gynecologists and obstetricians had responded.

The main conclusion that these results allow to reach is that in spite of the efforts of FEBRASGO and other organizations, and the existence of a clear Norm of the Ministry of Health that has been widely publicized since 1998²⁰, still gynecologists and obstetricians are not aware that a judicial order is not require to carry out an abortion in a woman who request it and correspond to one of the two circumstances accepted as excluded of culpability by the Penal Code⁵. This is more relevant considering the opinion of gynecologist and obstetricians who were favorable not only to the current circumstances in which abortion can be done, but also of including other circumstances. It means that greater efforts should be made to educate our colleagues so that women victims of rape or bearing a pregnancy that will put their life at risk, may be provided the

adequate medical treatment which are established by the Brazilian legislation, regulated by the Ministry of Health and promoted by FEBRASGO.

It appears that a greater involvement of the Federal Council of Medicine and of the Regional Council of Medicine of each state will be decisive in the promotion of women sexual and reproductive rights in general and in facilitating the access to abortion within the law, as recommended by the Cairo Conference plan of action²¹. FEBRASGO leadership will be extremely important to obtain that involvement.

What this study does not tell us is if the limited knowledge found is the same as several years ago or if there is some improvement in recent years. The contradictory results of the association of knowledge of abortion and years of practice leave us with no indication of possible changes in recent years. Only the repetition of the same exercise in the near future will inform us if knowledge of this crucial subject for women's health is improving or remain unchanged. That is a task we intend to pursue the sooner possible.

Contributors

Anibal Faúndes and Graciana Duarte contributed to the concept, methodological development, and actual implementation of the study. All the authors contributed to the analysis of the data, discussion and elaboration of the article.

REFERENCES

1. The Alan Guttmacher Institute. Induced Abortion Worldwide. Facts in brief, 1999.
2. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Division of Reproductive Health (Technical Support). WHO. 3rd Edition, Geneva, 1997.
3. Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion world wide. *Int Fam Plann Perspect* 1999; 25(Suppl): 530-8.
4. Villela WV, ARAUJO MJ. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reprod Health Matters* 2000; 8(16): 77-82.
5. Decreto-lei n^o. 2848. Código Penal Brasileiro, de 7 de dezembro de 1940, 34^a ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
6. Torres JHR. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Rede Saúde* 1999; 18: 7-9.
7. Faúndes A, Andalaft J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 78(1):67-73.
8. Altman DG. Practical statistics for medical research. Boca Raton: Chapman & Hall, 1991.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Inf Epidemiol. do SUS 1996; ano V n° 2.
10. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. Cad Saúde Pública 2004; 20(3):679-688.
11. Aguirre DGL, Urbina AAS. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. Cad Saúde Pública 1997;13(2):227-235.
12. Gogna M, Romero M, Ramos S, Petracci M, Szulik D. Abortion in a Restrictive Legal Context: The views of obstetrician-gynaecologists in Buenos Aires, Argentina. Reprod Health Matters 2002; 10(19):128-37.
13. McNaughton HL, Blandón MM, Altamirano L. Should therapeutic abortion be legal in Nicaragua: The response of nicaraguan obstetrician-gynaecologists. Reprod Health Matters 2002; 10(19):111-9.
14. Faúndes A, Leocádio E, Andalaft-Neto J. VII Fórum interprofissional para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. Femina 2003; 31(5):473-478.
15. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Hardy E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. Rev. Saúde Pública 2002;36(3):271-7.

16. Meira AR & Ferraz FRC. Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde pública, São Paulo, 1989; 23(6):465-72.
17. Ministério da Saúde. Datasus. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfuf.def>
(acessado em 02/Nov/2004)
18. Ministério da Saúde. Datasus. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/mibr.htm>
(acessado em 02/Nov/2004)
19. Barret FM. Changes in attitudes toward abortion in a large population of Canadian university students between 1968 and 1978. Canad J Pub Health 1980;71(3):195-200.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. Brasília; 1999.
21. United Nations (1995). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September, 1994.

4. Conclusões

1. A maioria dos tocoginecologistas avaliados (83%) apresentou um conhecimento adequado a respeito das situações nas quais o aborto está previsto na legislação brasileira, principalmente os profissionais mais jovens, com menor tempo de atuação na área e com menor número de filhos.
2. O conhecimento a respeito da documentação necessária para a interrupção legal da gestação no Brasil foi adequado na minoria dos médicos avaliados (15%), com melhores resultados entre os mais velhos, com maior tempo de atuação na área e maior número de filhos.
3. A interrupção da gestação nos casos de feto com malformação congênita grave e a documentação necessária para sua implementação são conhecidas da maioria dos tocoginecologistas (79%), principalmente entre os solteiros, com idade inferior a 40 anos, menor tempo de atuação na área e menor número de filhos.

4. A opinião da maioria dos médicos avaliados (80%) sobre alterações na legislação brasileira referente ao aborto foi classificada como liberal, principalmente entre aqueles com menor número de filhos.
5. A opinião da maior parte dos tocoginecologistas (87%) foi classificada como liberal em relação às indicações nas quais a lei brasileira deveria permitir o aborto, principalmente entre os residentes das regiões Sudeste e Sul do país, do sexo masculino e com menor número de filhos.

5. Referências Bibliográficas

AGUIRRE, D.G.L.; URBINA, A.A.S. Los médicos em formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. ***Cad Saúde Pública***, 13:227-35, 1997.

AGI. Alan Guttmacher Institute. **Aborto clandestino: uma realidade Latino-Americana**. Nova York: AGI, 1994.

AGI. Alan Guttmacher Institute. Induced Abortion Worldwide. Facts in brief, 1999.

ALBUQUERQUE, R.M.; CECATTI, J.G., HARDY, E.; FAÚNDES, A. Fatores sócio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno. ***Rev Bras Ginecol Obstet***, 20:181-5, 1998.

ALTMAN, D.G. **Practical statistics for medical research**. Boca Raton: Chapman & Hall, 1991.

ÁLVAREZ, L. La regulación de la fecundidad en Cuba. Veracruz, Cuba, Ministerio de Salud Pública, maio de 1992.

BARRET, F.M. Changes in attitudes toward abortion in a large population of Canadian university students between 1968 and 1978. ***Canad J Pub Health***, 71:195-200, 1980.

BRASIL. Código Penal. Decreto-lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940, 34^a ed. São Paulo:Saraiva, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. **Norma Técnica. Brasília; 1999.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade Infantil. Datasus. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/mibr.htm>(acessado em 02/nov/2004).

CECATTI, J.G.; ALBUQUERQUE, R.M.; HARDY, E.; FAUNDES, A. Mortalidade materna em Recife. Causas de óbitos maternos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 20:7-11, 1998.

CÉSAR, J.A.; GOMES, G.; HORTA, B.L.; OLIVEIRA, A.K.; SARAIVA, A.K.O.; PARDO, D.O. et al. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 31:566-71, 1997.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Ed. Saraiva; 2001. p.31-74.

DUARTE, G.A.; ALVARENGA, A.T.; OSIS, M.J.D.; FAUNDES, A.; HARDY, E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. **Rev Saúde Pública**, 36:271-7, 2002.

FAÚNDES, A.; BEDONE, A.; PINTO e SILVA, J.L. I Fórum Interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. Relatório Final. **Femina**, 25:69-78, 1997.

FAÚNDES, A.; HARDY, E. Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system. **Int J Gynecol Obstet**, 58:77-83, 1997.

FAÚNDES, A.; HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 22:153-7, 2000.

FAÚNDES, A.; ANDALAFT, J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. **Int J Gynecol Obstet**, 78:67-73, 2002.

FAÚNDES, A.; LEOCÁDIO, E.; ANDALAFT, J. Making legal abortion accessible in Brazil. **Reprod Health Matters**, 10:120-7, 2002.

FAÚNDES, A.; LEOCÁDIO E.; ANDALAFT, J. VII Fórum Interprofissional para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. **Femina**, 31: 473-8, 2003.

FAÚNDES, A.; DUARTE, G. A.; ANDALAFT, J.; OLIVATTO, A. E.; SIMONETI, R. M. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 26:89-96, 2004.

GOGNA, M.; ROMERO, M.; RAMOS, S.; PETRACCI, M.; SZULIK, D. Abortion in a Restrictive Legal Context: The views of obstetrician-gynaecologists in Buenos Aires, Argentina. **Reprod Health Matters**, 10:128-37, 2002.

GUEDES, A. C. Abortion in Brazil: Legislation, Reality and Options. **Reprod Health Matters**, 8:66-76, 2000.

HARDY, E.; SOZA, M.; CABEZAZ, E.; FAÚNDES, A. Abortion in Cuba 1989. Annual Meeting of the Population Association of America, Toronto, 3 a 5 de maio de 1990.

HENSHAW, S.K.; SINGH, S.; HAAS, T. The incidence of abortion world wide. **Int Fam Plann Perspect**, 25(Suppl):S30-8, 1999.

LOUREIRO, D.C.; VIEIRA, E.M. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad Saúde Pública**, 20:679-88, 2004.

McNAUGHTON, H.L.; BLANDÓN, M.M.; ALTAMIRANO, L. Should therapeutic abortion be legal in Nicaragua: The response of nicaraguan obstetrician-gynaecologists. **Reprod Health Matters**, 10:111-9, 2002.

MEIRA, A.R.; FERRAZ, F.R.C. Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública, São Paulo**, 23:465-72, 1989.

ODLIND, V. Induced abortion – a global health problem. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 164:43-5, 1997.

OLINTO, M. T. A.; GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev Saúde Pública**, 33:64-72, 1999.

OSIS, M.J.D.; HARDY, E.; FAÚNDES, A.; ALVES, G.; BALAREZO, G. Opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. **Cad Saúde Pública**, 10:320-30, 1994.

OSIS, M.J.D.; HARDY, E.; FAÚNDES, A.; RODRÍGUEZ, T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Rev Saúde Pública**, 30:444-51, 1996.

PARPINELLI, M.A.; FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G.A.; SURITA, F.G.C.; PEREIRA, B.G.; PASSINI, R. et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 22:27-32, 2000.

PROJETO DE LEI – Projeto permite aborto de feto gravemente doente. Disponível em <http://www.camara.gov.br/internet/agencia/materias.asp?pk=57345&pesq=aborto> (acessado em 18/11/2004)

RAMOS, J. G. L.; COSTA, S. M.; STUCZYNSKI, J. V.; BRIETZKE, E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 25:431-6, 2003.

SCHENKER, J.G. FIGO news. *Int J Gynecol Obstet*, 59:165-8, 1997.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A.T. Faculdade de Saúde Pública. O aborto: um resgate histórico e outros dados. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM> (acessado em 08 de setembro de 2003).

SCHRAIBER, L.; OLIVEIRA, A.F.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interf Com Saúde Educ*, 7:41-54, 2003.

SHAIN, R.N. A cross-cultural history of abortion. *Clin Obstet Gynaecol*, 13:1-17, 1986.

SINGH, S.; WULF, D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *Int Fam Plann Perspect*, 20:4-13, 1994.

TORRES, J.H.R. Aspectos legais do abortamento. *J Rede Saúde*, 18:7-9, 1999.

UNITED NATIONS (1995)- Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13, September, 1994.

VILLELA, W.V.; ARAÚJO, M.J.O. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reprod Health Matters*, 8:77-82, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva: WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of incidence of the mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Division of Reproductive Health (Technical Support). WHO 3rd edition, Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence and mortality from unsafe abortion. Geneva: WHO, 1998.

6. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Carta Convite 1



Campinas, janeiro 2002

Prezado Dr(a):

Estamos convidando todos os ginecologistas e obstetras do Brasil associados a FEBRASGO para participarem de um estudo cujo objetivo é investigar a opinião desses profissionais acerca da interrupção da gestação. O aborto é um assunto muito discutido atualmente, cercado de controvérsias, mas pouca informação concreta se tem sobre a opinião dos médicos brasileiros a esse respeito. Ter mais informações sobre esse assunto é fundamental para abordar de forma mais eficiente a questão do aborto na área de saúde pública.

Em vista disso, solicitamos que você responda o questionário em anexo. É muito importante que as respostas sejam as mais honestas e verdadeiras possíveis, já que informações distorcidas produzirão resultados duvidosos e sem valor quando forem aplicados à prática. Você pode sentir-se à vontade sabendo que todas as medidas foram tomadas para garantir a absoluta confidencialidade e anonimato da fonte das informações: se você observar bem, não temos nenhuma

maneira de poder identificar as pessoas que devolverem o questionário preenchido. Só poderemos saber quantas pessoas o devolveram.

Como temos muito respeito pelo seu tempo, pensamos em uma maneira de compensá-lo, em parte, pela atenção que nos irá dispensar. Ao devolver o questionário preenchido, você pode participar do sorteio seis “*palmtops*”. Para concorrer, basta você destacar e nos enviar, junto com seu questionário respondido, uma das vias do número que lhe foi enviado. Esse número foi distribuído aleatoriamente e não tem qualquer ligação com o questionário. Guarde a outra via que servirá para cobrar o prêmio quando realizado o sorteio, já que não teremos outra forma de saber a quem pertence o número sorteado. Os números sorteados serão anunciados nas páginas da *internet*: www.cemicamp.org.br e www.febrasgo.org.br.

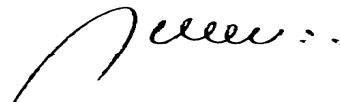
Por favor, leia o questionário com atenção e logo responda as perguntas e remeta-o de volta, no envelope carta-resposta que o acompanha. Se decidir não preenchê-lo ou responder apenas algumas perguntas, agradecemos se puder mandá-lo de volta, mesmo que em branco ou parcialmente preenchido. Se você tiver alguma dúvida ou desejar algum esclarecimento, pode ligar para o telefone (0 XX) 19 3289 2856 e falar com Dr. Aníbal Faúndes ou com Graciana Duarte; se preferir, pode fazer contato por e-mail: afaundes@unicamp.br ou graduarte@emicamp.org.br.

Desde já, agradecemos sua valiosa colaboração.

Atenciosamente



Dr. Aníbal Faúndes
Coordenador do Grupo de Estudos sobre
Direitos Sexuais e Reprodutivos da
FEBRASGO



Dr. Jorge Andalaft Neto
Presidente do Comitê sobre Violência
Sexual e Aborto Previsto em Lei da
FEBRASGO

7.2. Anexo 2 – Carta Convite 2



Campinas, fevereiro/2002

Prezado Dr(a):

Há cerca de um mês atrás, enviamos-lhe uma carta convidando-o a participar de uma pesquisa, que está sendo feita com todos os ginecologistas e obstetras do Brasil associados a FEBRASGO. O objetivo desse estudo é investigar a opinião desses profissionais acerca da interrupção da gestação. O aborto é um assunto muito discutido atualmente, cercado de controvérsias, mas pouca informação concreta se tem sobre a opinião dos médicos brasileiros a esse respeito. Ter mais informações sobre esse assunto é fundamental para abordar de forma mais eficiente a questão do aborto na área de saúde pública.

Dadas as medidas adotadas para assegurar o sigilo quanto à identidade dos profissionais que responderem o referido questionário, não sabemos se você já o fez ou não. Se você já respondeu e nos enviou o seu questionário, por favor desconsidere esta correspondência. Caso você ainda não tenha tido tempo de responder o questionário, aproveitamos esta oportunidade para lembrá-lo de que sua participação é muito importante, e queremos pedir que responda e nos envie o questionário no envelope carta-resposta anexo. Lembre-se também que é muito importante que as respostas sejam as mais honestas e verdadeiras possíveis, já que informações distorcidas produzirão resultados duvidosos e sem valor quando forem aplicados à prática. Você pode sentir-se à vontade sabendo que todas as medidas foram tomadas para garantir a absoluta confidencialidade e anonimato da fonte das informações: se você observar bem, não temos nenhuma

maneira de poder identificar as pessoas que devolverem o questionário preenchido. Só poderemos saber quantas pessoas o devolveram.

Se decidir não responder o questionário ou responder apenas algumas perguntas, agradecemos se puder mandá-lo de volta, mesmo que em branco ou parcialmente preenchido. Caso tenha alguma dúvida ou desejar algum esclarecimento, pode ligar para o telefone (0 XX) 19 3289 2856 e falar com Dr. Aníbal Faúndes ou com Graciana Duarte; se preferir, pode fazer contato por e-mail: afaundes@unicamp.br ou graduarte@cemicamp.org.br.

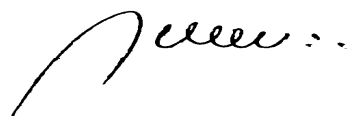
Também queremos lembrá-lo de que estaremos sorteando seis “palmtops”, entre as pessoas que devolverem os questionários. Caso você não tenha mais os números que lhe foram enviados com a primeira correspondência, por favor entre em contato com Graciana antes de enviar seu questionário preenchido.

Desde já, agradecemos sua valiosa colaboração.

Atenciosamente



Dr. Aníbal Faúndes
Coordenador do Grupo de Estudos sobre
Direitos Sexuais e Reprodutivos da
FEBRASGO



Dr. Jorge Andalaft Neto
Presidente do Comitê sobre Violência
Sexual e Aborto Previsto em Lei da
FEBRASGO

7.3. Anexo 3 – Questionário

1. Idade: | | | | anos completos. 2. Sexo: |1| feminino |2| masculino
3. Qual é a sua religião? _____|8| nenhuma
4. Qual o seu estado marital?
|1| casado(a) |2| solteiro(a) |3| unido(a)
|4| separado(a)/divorciado(a) |5| viúvo(a)
5. Quantos filhos você tem no total? | | | | filhos | 0 | nenhum
6. Em que estado você mora? Por favor, anote a sigla | | | |
7. Há quanto tempo você atua como ginecologista/obstetra?
| | | | anos ou | | | | meses
8. Você trabalha: |1| na capital |2| no interior |3| na capital e no interior
9. Você trabalha em serviço: |1| público |2| privado |3| público e privado
10. Em que casos a lei brasileira não pune o aborto, quando praticado por médico? (pode assinalar mais de uma alternativa).
|1| Se o feto tem má formação congênita grave
|2| Se a mãe ou o parceiro forem HIV positivo
|3| Se o MAC em uso falhou
|4| Mulher é solteira e parceiro não assume a gravidez
|5| A gravidez foi resultado de estupro
|6| Mulher não tem condições financeiras de ter o bebê
|7| Mulher sem condições psicológicas/emocionais de ter o bebê
|8| Em caso de risco de vida da gestante
11. Se uma mulher procura um serviço de saúde para solicitar o aborto, dentro das situações previstas nas leis, o que ela precisa apresentar para ser atendida?
|1| Boletim de ocorrência (BO)
|2| Alvará Judicial
|3| Solicitação por escrito, de próprio punho, e assinada
|4| Laudo de três médicos

- |5| Laudo do instituto médico legal (IML)
- |6| Autorização por escrito do pai/responsável, caso a mulher tenha menos de 21 anos
- |7| Nada
- |8| Não sei

12. Se uma mulher recebe o diagnóstico de má formação fetal incompatível com a vida e deseja realizar o aborto, o que ela precisa providenciar para ser atendida? (pode assinalar mais de uma alternativa)

- |1| Alvará Judicial
- |2| Solicitação por escrito, de próprio punho, e assinada
- |3| Laudo de três médicos
- |4| Autorização por escrito do pai/responsável, caso a mulher tenha menos de 21 anos
- |5| Nada
- |8| Não sei

13. Na sua opinião, o aborto em caso de risco de vida da gestante se justifica quando a letalidade da doença durante a gestação é:

- |1| Nunca se justifica
- |2| Duas vezes maior que na gestante normal
- |3| Cinco vezes maior que na gestante normal
- |4| 10 vezes maior que na gestante normal
- |5| 20 vezes maior que na gestante normal
- |6| 50 vezes maior que na gestante normal

14. Na sua opinião, as leis brasileiras sobre o aborto:

- |1| Não deveriam ser modificadas
- |2| Deveriam deixar de considerar o aborto como crime, em qualquer circunstância
- |3| Deveriam ampliar as circunstâncias em que o aborto não é punido
- |4| Não tenho opinião formada

15. Você acha que o aborto deveria ser permitido se:
(pode assinalar mais de uma alternativa)

- |1| Se o feto tem má formação congênita grave.
- |2| Se a mãe ou o parceiro forem HIV positivo.
- |3| Se o Mac em uso falhou.
- |4| Mulher é solteira e parceiro não assume a gravidez.

- |5| A gravidez foi resultado de estupro.
- |6| Mulher não tem condições financeiras de ter o bebê.
- |7| Mulher sem condições psicológicas/emocionais de ter o bebê.
- |8| Em caso de risco de vida da gestante.
- |9| Em qualquer circunstância.
- |10| Em nenhuma circunstância.

16. Considere a seguinte situação: chega no seu consultório uma paciente sua com uma gravidez indesejada, que não está entre os casos em que não se pune o aborto praticado por médico, e que mesmo após orientação sobre manter a gestação continua irredutível quanto a realizar o aborto. O que você faz?

(pode assinalar mais de uma alternativa)

- |1| Faço o aborto
- |2| Não faço o aborto, mas peço para ela consultar outro médico
- |3| Não faço o aborto, mas encaminho para um médico de confiança
- |4| Não faço o aborto, mas ensino a usar o Cytotec

17. Considere a seguinte situação: chega no seu consultório uma mulher de sua família com uma gravidez indesejada, que não está entre os casos em que não se pune o aborto praticado por médico, e que mesmo após orientação sobre manter a gestação continua irredutível quanto a realizar o aborto. O que você faz?

(pode assinalar mais de uma alternativa)

- |1| Faço o aborto
- |2| Não faço o aborto, mas peço para ela consultar outro médico
- |3| Não faço o aborto, mas encaminho para um médico de confiança
- |4| Não faço o aborto, mas ensino a usar o Cytotec

18. Se você é mulher:

Você já teve uma gravidez absolutamente indesejada em relação a qual sentiu a necessidade de provocar um aborto? O que você fez?

(pode assinalar mais de uma alternativa)

- |1| Nunca tive uma gravidez assim
- |2| Tive e fiz o aborto
- |3| Tive e não fiz o aborto

19. Se você é homem:

Alguma parceira sua já teve uma gravidez absolutamente indesejada em relação a qual sentiu a necessidade de provocar um aborto? O que ela fez? (pode assinalar mais de uma alternativa).

- |1| Nunca uma parceira minha passou por esta situação
- |2| Passou e ela fez o aborto
- |3| Passou e ela não fez o aborto

20. A sua religião aceita o aborto?

- |1| Sim, em qualquer situação
- |2| Sim, em algumas situações
- |3| Não, em nenhuma situação
- |4| Não tenho religião
- |8| Não sei

21. O quão importante foi para você sua religião sobre as respostas que você deu neste questionário?

- |1| Muito importante
- |2| Pouco importante
- |3| Não foi importante
- |4| Não tenho religião

7.4. Anexo 4 - Tabelas

Tabela 1. Distribuição percentual dos médicos, segundo algumas características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	n	%
Idade (anos)		
até 39	1.436	33,6
40 a 49	1.476	34,5
a partir de 50	1.365	31,9
<i>sem resposta</i>	46	
Sexo		
Masculino	2.325	54,1
Feminino	1.972	45,9
<i>sem resposta</i>	26	
Estado Marital		
solteiro(a)	519	12,1
Outro	3.777	87,9
<i>sem resposta</i>	27	
Região do país		
Norte	127	2,9
Nordeste	597	13,8
Centro-oeste	271	6,3
Sudeste	2.521	58,5
Sul	797	18,5
<i>sem resposta</i>	10	
Número de filhos dos entrevistados		
Nenhum	949	22,1
1 ou 2	2.188	50,8
3 ou mais	1.166	27,1
<i>sem resposta</i>	20	
Tempo de atuação como OG (anos)		
até 10	1.103	26,1
11 a 25	2.181	51,7
acima de 25	936	22,2
<i>sem resposta</i>	103	
Característica(s) do(s) serviço(s) onde trabalha		
serviço público exclusivo	319	7,6
Outro	3.866	92,4
<i>sem resposta</i>	138	

Tabela 2. Distribuição dos médicos de acordo com as circunstâncias que consideram ser permitida a interrupção da gestação no Brasil

Circunstâncias	n	%
Malformação Fetal Congênita Grave	1.364	31,8
Gestante ou parceiro portador do HIV	20	0,5
Falha do MAC utilizado	5	0,1
Gestante solteira cujo parceiro não assume a gravidez	10	0,2
Gravidez decorrente de estupro	3.989	92,9
Gestante sem condições financeiras de assumir a gravidez	6	0,1
Gestante sem condições psicológicas/emocionais adequadas	19	0,4
Risco de vida da gestante	3.836	89,3

Nota: exclui 28 questionários, onde essa questão não foi respondida.

Tabela 3. Distribuição dos médicos segundo os documentos que consideram necessários para a interrupção da gestação nos casos previstos pela legislação brasileira

Documentos	n	%
Boletim de Ocorrência (BO)	1.807	42,1
Alvará Judicial	2.836	66,1
Solicitação por escrito, de próprio punho e assinada	1.177	27,4
Laudo de três médicos	2.024	47,2
Laudo do instituto médico legal (IML)	1.206	28,1
Autorização por escrito do pai / responsável, caso a gestante tenha menos de 21 anos	961	22,4
Nada	59	1,4
Não sei	3	0,1

Nota: exclui 34 questionários, onde essa questão não foi respondida.

Tabela 4. Distribuição dos médicos segundo os documentos que consideram necessários para a interrupção da gestação nos casos de feto com malformação congênita grave

Documentos	n	%
Alvará Judicial	3374	79,0
Solicitação por escrito, de próprio punho e assinada	1217	28,5
Laudo de três médicos	1886	44,2
Autorização por escrito do pai/responsável, caso a gestante tenha menos de 21 anos	834	19,5
Nada	103	2,4
Não sei	6	0,1

Nota: exclui 53 questionários, onde essa questão não foi respondida.

Tabela 5. Distribuição percentual dos médicos segundo a opinião sobre a legislação brasileira referente ao abortamento

Opinião	n	%
Não deveria ser modificada	558	13,4
Deveria deixar de considerar o aborto como crime, em qualquer circunstância	604	14,5
Deveria ampliar as circunstâncias em que o aborto não é punido	2.730	65,6
Não tenho opinião formada	267	6,4
<i>sem resposta</i>	164	

Tabela 6. Distribuição dos médicos segundo a opinião sobre as circunstâncias nas quais o aborto deveria ser permitido

Circunstâncias	n	%
Malformação Fetal Congênita Grave	3.281	77,0
Gestante ou parceiro portador do HIV	537	12,6
Falha do MAC utilizado	174	4,1
Gestante solteira cujo parceiro não assume a gravidez	93	2,2
Gravidez decorrente de estupro	3.265	76,6
Gestante sem condições financeiras de assumir a gravidez	272	6,4
Gestante sem condições psicológicas / emocionais adequadas	740	17,4
Risco de vida da gestante	3.382	79,4
Qualquer circunstância	418	9,8
Nenhuma circunstância	194	4,6

Nota: exclui 61 questionários, onde essa questão não foi respondida.

Tabela 7.Conhecimento dos médicos sobre as circunstâncias nas quais o aborto é permitido pela legislação brasileira, de acordo com as características dos entrevistados

Características Sociodemográficas	Conhecimento			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
até 39	1.237	86,3	196	13,7
40 a 49	1.224	83,3	246	16,7
a partir de 50	1.075	79,7	274	20,3
<i>sem resposta</i>	30		13	
Sexo				
feminino	1.654	84,3	308	15,7
masculino	1.896	82,2	411	17,8
<i>sem resposta</i>	16		10	
Estado Marital				
solteiro(a)	431	83,3	86	16,7
outro	3.118	83,0	637	17,0
<i>sem resposta</i>	17		6	
Região do país				
Norte	98	77,2	29	22,8
Nordeste	498	83,7	97	16,3
Centro-oeste	238	88,1	32	11,9
Sudeste	2.071	82,8	431	17,2
Sul	655	82,6	138	17,4
<i>sem resposta</i>	6		2	
Número de filhos dos entrevistados				
nenhum	798	84,4	148	15,6
1 ou 2	1.828	84,1	346	15,9
3 ou mais	928	80,1	231	19,9
<i>sem resposta</i>	12		4	
Tempo de atuação como OG (anos)				
até 10	933	84,7	168	15,3
11 a 25	1.815	83,6	357	16,4
acima de 25	746	80,6	180	19,4
<i>sem resposta</i>	72		24	
Característica(s) do(s) serviço(s) onde trabalha				
serviço público exclusivo	272	85,2	47	14,8
outros	3.200	83,2	647	16,8
<i>sem resposta</i>	94		35	

Nota: Exclui 28 questionários onde essa questão não foi respondida.

Tabela 8. Conhecimento dos médicos sobre os documentos necessários para a interrupção da gestação nos casos permitidos pela legislação brasileira, de acordo com as características dos entrevistados

Características Sociodemográficas	Conhecimento			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
até 39	164	11,5	1.267	88,5
40 a 49	216	14,7	1.253	85,3
a partir de 50	270	20,1	1.076	79,9
<i>sem resposta</i>	6		37	
Sexo				
feminino	280	14,3	1.679	85,7
masculino	370	16,1	1.934	83,9
<i>sem resposta</i>	6		20	
Estado Marital				
solteiro(a)	69	13,4	446	86,6
outro	579	15,4	3.172	84,6
<i>sem resposta</i>	8		15	
Região do país				
Norte	18	14,2	109	85,8
Nordeste	108	18,2	486	81,8
Centro-oeste	35	13,0	234	87,0
Sudeste	391	15,6	2.111	84,4
Sul	103	13,1	685	86,9
<i>sem resposta</i>	1		8	
Número de filhos dos entrevistados				
nenhum	134	14,2	809	85,8
1 ou 2	310	14,2	1.867	85,8
3 ou mais	206	17,9	948	82,1
<i>sem resposta</i>	6		9	
Tempo de atuação como OG (anos)				
até 10	138	12,6	960	87,4
11 a 25	310	14,3	1.861	85,7
acima de 25	200	21,6	724	78,4
<i>sem resposta</i>	8		88	
Característica(s) do(s) serviço(s) onde trabalha				
serviço público exclusivo	57	18,0	260	82,0
outros	581	15,1	3.260	84,9
<i>sem resposta</i>	18		113	

Nota: Exclui 34 questionários onde essa questão não foi respondida.

Tabela 9. Conhecimento dos médicos sobre os documentos necessários para a interrupção da gestação nos casos de malformação fetal congênita grave, de acordo com as características dos entrevistados

Características Sociodemográficas	Conhecimento			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
até 39	1.196	83,5	236	16,5
40 a 49	1.166	79,8	295	20,2
a partir de 50	982	73,5	354	26,5
<i>sem resposta</i>	30		11	
Sexo				
feminino	1.542	79,0	409	21,0
masculino	1.815	79,2	478	20,8
<i>sem resposta</i>	17		9	
Estado Marital				
solteiro(a)	432	84,0	83	16,0
outro	2.922	78,3	809	21,7
<i>sem resposta</i>	20		4	
Região do país				
Norte	94	75,2	31	24,8
Nordeste	466	78,8	125	21,2
Centro-oeste	207	76,7	63	23,3
Sudeste	1.991	79,9	500	20,1
Sul	611	77,9	173	22,1
<i>sem resposta</i>	5		4	
Número de filhos dos entrevistados				
nenhum	779	82,5	165	17,5
1 ou 2	1.716	79,4	446	20,6
3 ou mais	869	75,6	280	24,4
<i>sem resposta</i>	10		5	
Tempo de atuação como OG (anos)				
até 10	929	84,7	168	15,3
11 a 25	1.690	78,2	472	21,8
acima de 25	678	74,2	236	25,8
<i>sem resposta</i>	77		20	
Característica(s) do(s) serviço(s) onde trabalha				
serviço público	258	82,4	58	17,6
outros	3.021	79,0	801	21,0
<i>sem resposta</i>	95		37	

Nota: Exclui 53 questionários onde essa questão não foi respondida.

Tabela 10. Opinião dos médicos referente à legislação brasileira sobre o abortamento, de acordo com as características dos entrevistados

Características Sociodemográficas	Opinião			
	Liberal		Conservadora	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
até 39	1.112	79,8	282	20,2
40 a 49	1.155	81,1	269	18,9
a partir de 50	1.031	79,5	266	20,5
<i>sem resposta</i>	36		8	
Sexo				
feminino	1.482	78,3	410	21,7
masculino	1.834	81,8	409	18,2
<i>sem resposta</i>	18		6	
Estado Marital				
solteiro(a)	404	80,0	101	20,0
outros	2.911	80,0	717	20,0
<i>sem resposta</i>	19		7	
Região do país				
Norte	89	74,2	31	25,8
Nordeste	444	77,6	128	22,4
Centro-oeste	212	80,9	50	19,1
Sudeste	1.950	80,5	473	19,5
Sul	633	82,0	139	18,0
<i>sem resposta</i>	6		4	
Número de filhos dos entrevistados				
nenhum	738	80,4	180	19,6
1 ou 2	1.721	82,1	376	17,9
3 ou mais	863	76,6	263	23,4
<i>sem resposta</i>	12		6	
Tempo de atuação como OG (anos)				
até 10	856	79,8	217	20,2
11 a 25	1.690	80,5	410	19,5
acima de 25	711	79,5	183	20,5
<i>sem resposta</i>	77		15	
Característica(s) do(s) serviço(s) onde trabalha				
serviço público exclusivo	246	81,2	57	18,8
outros	2.980	79,8	751	20,1
<i>sem resposta</i>	108		17	

Nota: Exclui 164 questionários onde essa questão não foi respondida.

Tabela 11. Opinião dos médicos sobre as circunstâncias nas quais o aborto deveria ser permitido, de acordo com as características dos entrevistados

Características sociodemográficas	Opinião			
	Liberal		Conservadora	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
até 39	1.255	88,3	166	11,7
40 a 49	1.291	88,3	171	11,7
a partir de 50	1.144	85,8	190	14,2
<i>sem resposta</i>	40		5	
Sexo				
feminino	1.659	85,3	287	14,7
masculino	2.049	89,4	243	10,6
<i>sem resposta</i>	22		2	
Estado Marital				
solteiro(a)	450	87,5	64	12,5
outro	3.256	87,5	465	12,5
<i>sem resposta</i>	24		3	
Região do país				
Norte	95	76,0	30	24,0
Nordeste	482	82,0	106	18,0
Centro-oeste	231	85,6	39	14,4
Sudeste	2.206	88,7	280	11,3
Sul	709	90,5	74	9,5
<i>sem resposta</i>	7		3	
Número de filhos dos entrevistados				
nenhum	830	88,5	108	11,5
1 ou 2	1.907	88,4	250	11,6
3 ou mais	976	85,1	171	14,9
<i>sem resposta</i>	17		3	
Tempo de atuação como OG (anos)				
até 10	960	87,9	132	12,1
11 a 25	1.895	88,0	259	12,0
acima de 25	791	86,1	128	13,9
<i>sem resposta</i>	84		13	
Característica(s) do(s) serviço(s) onde trabalha				
serviço público exclusivo	272	87,2	40	12,8
outros	3.344	87,6	474	12,4
<i>sem resposta</i>	114		18	

Nota: Exclui 61 questionários onde essa questão não foi respondida.

7.5. Anexo 5 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



CEP, 20/01/04.
(Grupo III)

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**
✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
✉ cep@fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: N° 006/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE O ABORTO: CONHECIMENTO E
OPINIÃO DE TOCGINECOLOGISTAS”**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rozana Martins Simoneti
INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/01/2003
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 20/01/05

II - OBJETIVOS

Avaliar o conhecimento e a opinião dos tocoginecologistas filiados a FEBRASCO sobre a legislação brasileira referente ao aborto.

III - SUMÁRIO

Será um estudo descritivo do tipo análise de dados secundários, baseado em pesquisa anterior, na qual foi enviado um questionário estruturado com a finalidade de avaliar o conhecimento e a opinião dos médicos sobre a legislação brasileira referente ao aborto. Serão um total de 4.321 questionários.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um projeto bem estruturado. Será feita uma análise secundária de dados de pesquisa anterior. Não haverá prejuízos para os participantes e poderá haver benefícios para a comunidade.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

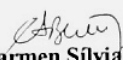
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20de janeiro de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP